

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書

記入例

年 月 日

清瀬市長 殿

(請求者)

住所 清瀬市中里5丁目842

原則、助成対象者（予防接種を受けた方）が請求者です。

氏名 健康 一郎

健康印

電話番号 042-495-5111

シャチハタ不可

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記の疹予防接種費用助成金の交付を請求します。

請求金額

¥18000円

申請額合計を記入します。

振込先口座

フリガナ	ケンコウ イチロウ									
口座名義人	健康 一郎									
金融機関名	ゆうちょ				銀行・信用金庫		本店			
					農協・信用組合		支店			
口座種別	1. 普通	2. 当座	三番号	1	2	3	4	5	6	7

金融機関名にご注意ください。

例 三菱UFJ銀行、きらぼし銀行、SBI新生銀行 など

※ 口座名義人が助成対象者と異なる場合は、裏面の委任状が必要です。

(裏)
委任状

年 月 日

代理人

住 所

氏 名

電話番号

委任者との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、带状疱疹予防接種費用助成金の受領を委任します。

委任者(助成対象者)

住 所

氏 名(署名)

電話番号